

Studio osservazionale sul processo di implementazione del metodo SBAR (Situation – Background – Assessment – Recommendation) presso l'unità operativa di rianimazione – ospedale di Rovigo Azienda Ulss 5 Polesana

¹Erica Girotto, ²Barbara Benetti, ³Ilaria Sarto

¹Responsabile Area Sviluppo Professionale e Ricerca Direzione Professioni Sanitarie Azienda Ulss 5 Polesana Rovigo

²Coordinatore di struttura presso Rsa "La Rosa dei Venti" Rosolina – Rovigo

³Infermiere – UO Medicina Generale, Cardiologia – Casa di Cura Madonna della Salute Porto Viro – Rovigo Nazionale dei Tumori

Corrispondenza: erica.girotto@aulss5.veneto.it; barbarabenetti@libero.it; ilaria-sarto@virgilio.it

INTRODUZIONE

Il passaggio di informazioni clinico assistenziali è essenziale per garantire la continuità di cura, la sicurezza del paziente e la soddisfazione degli infermieri sulla qualità dell'assistenza che sono in grado di fornire. (Meissner et al., 2007). Purtroppo questo molto spesso non avviene con metodi standardizzati, ed è diventato perciò argomento di discussione per Istituzioni internazionali come *Joint Commission* (JCAHO) e Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che raccomandano il metodo guida SBAR per migliorare il passaggio di consegne tra operatori sanitari. (Biscaro et al., 2014).

L'handover per definizione è la trasmissione di informazioni sulla situazione del paziente, il trasferimento di responsabilità (anche medico-legale) e controllo sul paziente da un professionista sanitario a un altro, afferenti o meno allo stesso reparto.

Questo processo in italiano viene comunemente chiamato "consegna". (Smeulers et al., 2014).

Ci sono diverse modalità per il passaggio di informazioni: tipo tradizionale (lontana dal paziente mediante un *briefing* o *debriefing*), scritta, *electronic handover* (registrata su un foglio elettronico), al letto del paziente anche detta *bedside handover* oppure tramite comunicazione telefonica. (Smeulers et al., 2014).

METODO GUIDA SBAR

Questa strategia comunicativa è nata in ambito militare nelle industrie ad alto rischio, e dal 2002 è stata introdotta dal Kaiser Permanent in Colorado (organizzazione statunitense che riunisce diverse strutture e si occupa di qualità e sicurezza dei pazienti) nel contesto sanitario per rendere più sicuri gli scambi comunicativi tra professionisti nei passaggi di informazioni, momento cruciale e ad alto rischio di errore e evento avverso per il paziente.

SBAR è l'acronimo di *Situation – Background – Assessment – Recommendation*. (Figura 1).

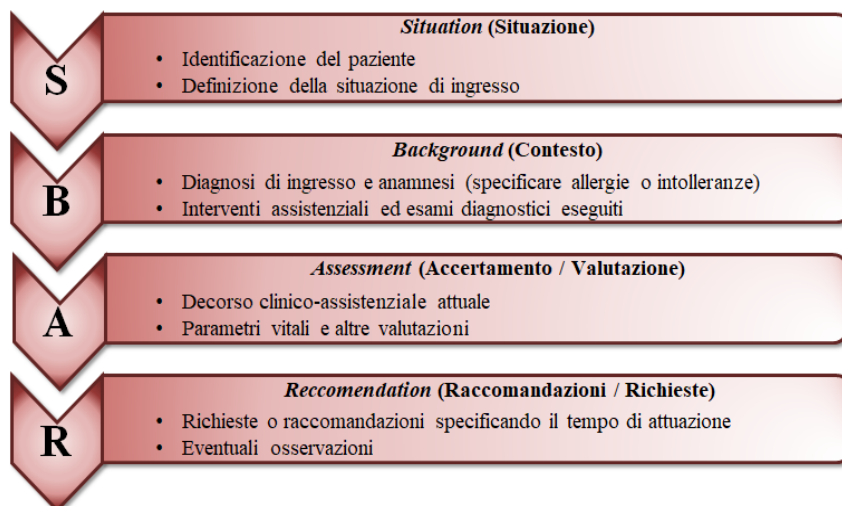


Figura 1. – Struttura del metodo SBAR.

OBIETTIVI DELLO STUDIO

- 1) Valutare il percorso di implementazione e l'efficacia del metodo guida SBAR.
- 2) Osservare i fattori di disturbo e il tempo impiegato per il passaggio delle informazioni.

MATERIALI E METODI

Questo è uno studio osservazione descrittivo pre- e post-introduzione metodo guida SBAR. Tramite questa modalità sono stati osservati gli infermieri mittenti di handover dell'Unità Operativa Intensiva Rianimazione (con 15 posti letto) dell'Ospedale "Santa Maria della Misericordia" di Rovigo Azienda ULSS 5 Polesana. Nello studio sono stati coinvolti gli infermieri di ambo i sessi. Il numero dell'organico degli infermieri del reparto è 40 ma gli infermieri mittenti di handover sono 37.

Per questo progetto è stata chiesta l'autorizzazione del Coordinatore Infermieristico e della Direzione medica del reparto.

Lo studio si è svolto in due periodi distinti: la raccolta dati del primo periodo (pre-SBAR) è iniziato per i passaggi verbali dal 19 luglio fino al 9 agosto 2018 e per l'handover scritte dal 18 luglio al 5 agosto 2018. Il periodo post-SBAR, invece, ha previsto la raccolta dati dall'8 ottobre al 24 ottobre 2018 per l'handover verbali, dato che il Metodo non era applicabile all'handover scritto per la struttura della scheda del "Diario Infermieristico".

È bene precisare che per il secondo periodo di osservazione sono stati osservati solo gli infermieri che hanno partecipato al corso di formazione accreditato sul metodo SBAR.

Il corso di formazione sul metodo guida SBAR si è tenuto: nei mesi di settembre – ottobre 2018 con incontri formativi rivolti al personale infermieristico.

Gli obiettivi che gli infermieri hanno raggiunto sono stati:

- Conoscere il metodo guida SBAR e comprendere che, attraverso una scheda visiva realizzata *ad hoc*, si focalizzeranno le informazioni sui problemi da risolvere e si ridurrà la probabilità di errore, garantendo la sicurezza del paziente.
- Applicare il metodo guida SBAR secondo il mandato:
 - con un paziente "nuovo ingresso" rispettare la sequenza S > B > A > R e trasmettere tutte le informazioni relative a ciascun campo;
 - con un paziente noto accertarsi di trasmettere sempre almeno le informazioni relative ai campi "Assessment" e "Recommendation" (quest'ultime se eventualmente presenti).

Durante il corso di formazione dopo una iniziale lezione frontale sono state svolte delle esercitazioni pratiche e al termine del corso si è tenuta una prova scritta di verifica dell'apprendimento.

Strumenti di raccolta dati

- Per l'elaborazione di questo studio è stata effettuata una revisione della letteratura utilizzando le principali banche dati.
- Per indagare la percezione degli infermieri sulle handover sia verbali che scritte, sono stati consegnati prima del corso di formazione sul metodo guida SBAR, dei questionari anonimi, composti da 14 domande aperte e chiuse.
- Per la raccolta dati in reparto sono state utilizzate delle griglie elaborate *ad hoc*.

Per l'inserimento del metodo guida SBAR durante l'handover verbale è stata utilizzata la scheda elaborata dall'infermiera del reparto Barbara Benetti. Questa scheda visiva è stata realizzata integrando i 14 bisogni vitali stilati da Virginia Henderson e adattati alla realtà dell'unità operativa (Figura 2). Questa scheda, prima dell'utilizzo, è stata presentata agli infermieri durante il corso di formazione sul Metodo e utilizzata nel secondo periodo di osservazione per il passaggio di consegne verbali.











S	SITUAZIONE D'INGRESSO	Nome e cognome, età, da dove proviene...
B	BACKGROUND	Anamnesi recente e remota...
A	RESPIRAZIONE 	Autonoma / V.A.M., scambi secrezioni
	EMODINAMICA 	Sostenuta / stabile, P.V., valutazione del dolore
	STATO NEUROLOGICO 	G.C.S., D.V.E. pupille sedazione
	NUTRIZIONE 	N.E. / dieta R.G. vomito / nausea
	ELIMINAZIONE 	Diuresi, alvo
	MOBILIZZAZIONE 	Paziente contenuto / mobilizzazione autonoma, posture
	SONNO - RIPOSO 	Ritmo sonno / veglia
	TERMOREGOLAZIONE 	Piretico / apiretico
	CUTE 	Caratteristiche L.D.D.
	STATO EMOTIVO 	Compliance depressione ansia agitazione
	R	RACCOMANDAZIONI

Figura 2. – Scheda visiva SBAR.

Analisi dei dati

Per organizzare gli articoli selezionati è stata creata una griglia riassuntiva della revisione della letteratura. Per analizzare ed elaborare i dati raccolti è stato utilizzato il programma Microsoft Excel 2010 ed elementi di statistica come indici di frequenza assoluta, frequenza relativa, frequenza percentuale e media aritmetica.

RISULTATI

Risultati dei questionari

Hanno aderito alla compilazione: 37 infermieri su 40 in organico (92,5%): 27 femmine e 10 maschi. In media: età 40 anni, 9 anni di servizio in Rianimazione e 15 anni di esperienza complessiva.

I risultati della tabella 1 confermano che il miglior momento per il passaggio delle informazioni è il cambio turno con l'utilizzo di un metodo standardizzato. Gli infermieri avvertono l'esigenza di migliorare la qualità del metodo in uso.

%	Passaggio informazioni verbali	%	Passaggio informazioni scritte
81%	Impiega più di 3 minuti per paziente	41%	Impiega più di 3 minuti per paziente
60%	Non rispecchiano il miglior standard di qualità	87%	Non rispecchiano il miglior standard di qualità
89%	Suggerisce un <u>metodo standardizzato</u> per il passaggio di consegna	84%	Suggerisce un <u>metodo standardizzato</u> per il passaggio di consegna
82%	<u>Cambio turno</u> : miglior momento per il passaggio di consegna	76%	<u>Cambio turno</u> : miglior momento per il passaggio di consegna
Il 43% degli infermieri ha affermato di non conoscere il metodo guida SBAR.			
Su 37 infermieri la soddisfazione , in media, sulla qualità della consegna infermieristica in reparto da 1 (per niente) a 10 (moltissimo) è di 6,72 su 10			

Tabella 1. – Risultati delle risposte degli infermieri ai questionari.

Confronto dei risultati della raccolta dati sulle handover verbali e scritte pre- e post-SBAR

Dai dati raccolti si può osservare come relativamente all'handover verbale nella fase post formazione si è migliorata sensibilmente la completezza e la correttezza del metodo e l'identificazione dei bisogni assistenziali (Tabella 2).

	Variabile	Pre-SBAR		Post-SBAR		
	Campione		35/37 infermieri (94,59%)		31/31 infermieri (100%)	
Rilevazioni		100		64		
Consegne verbali	S	100%	100/100	100%	64/64	
	B	76,75%	77/100	98,82%	63/64	
	A	44,63%	45/100	77,12%	49/64	
	R	27,33%	27/100	44,78%	29/64	
	SBAR incompleta ma in sequenza corretta		43/100 (43%)		39/64 (60,93%)	
	SBAR completa e in sequenza corretta		0/100 (0%)		25/64 (39,06%)	
	Bisogni Henderson in sequenza corretta		0/100 (0%)		26/64 (40,62%)	
	Tempo in media		4 minuti		5 minuti	
	Consegne scritte	Campione	36/37 infermieri (97,29%)		-	
		Rilevazioni	214		-	
S		99,64%	213/214	-		
B		48,15%	103/214			
A		37,29%	80/214			
R		7,63%	16/214			
SBAR completa		0/214 (0%)		-		

Tabella 2. – Quadro riassuntivo delle variabili tra handover verbali e scritte e tra pre- e post-SBAR.

I principali fattori di disturbo (Figura 3) sono riconducibili a cause relative al personale stesso e ai pazienti. Di certo i fattori di disturbo hanno influito sulla durata della consegna verbale: in alcuni casi hanno allungato il tempo e in altri invece diminuito.

In media però risulta che il tempo impiegato su 80 consegne verbali senza interruzioni è di 3 minuti. Invece le consegne che sono state interrotte da uno o più fattori di disturbo, risultano rispettivamente durare 5 minuti su 16 consegne e 6 minuti su 4 consegne.

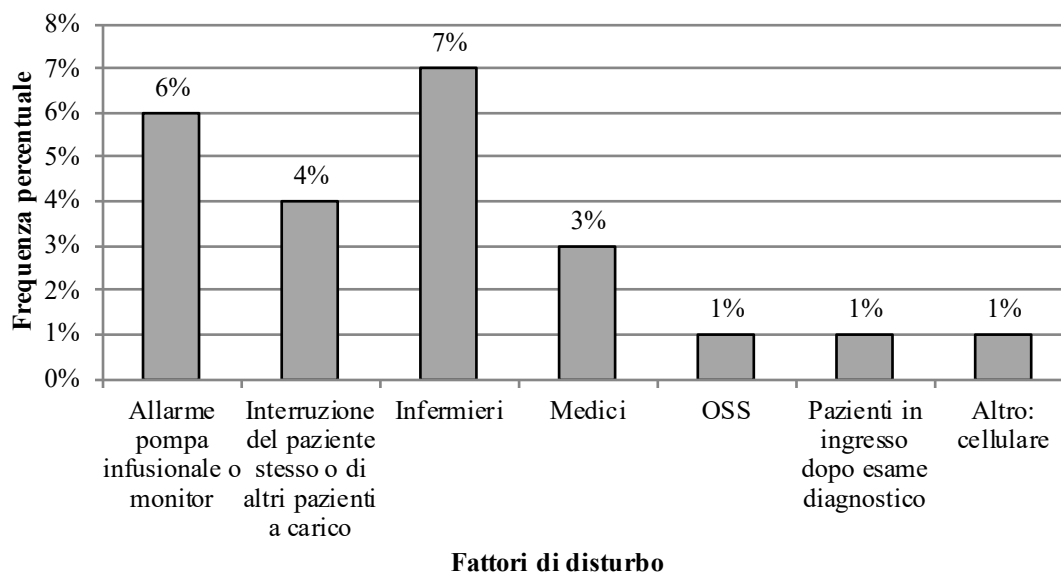


Figura 3. – Rilevazioni delle consegne verbali per interruzioni (n=100).

Risultati dell’analisi delle consegne verbali per “Assessment”

Per effettuare una valutazione qualitativa dell’utilizzo dello strumento per l’handover infermieristico verbale, si è deciso di prendere in considerazione il campo dell’ “Assessment” dato che è l’unico che deve essere sempre citato indipendentemente se il paziente seguito sia noto o meno all’infermiere ricevente.

A ogni *item* completato è stato assegnato un punteggio di 1, a cui si aggiungeva un punteggio di 0,5 se c’era anche una corretta sequenza dei bisogni Henderson. I campi in totale sono 11, quindi il punteggio massimo che si poteva raggiungere era 11,5. Si è considerato un punteggio soddisfacente se ≥ 6 , e scarso, invece, se ≤ 4 . (Tabella 3).

1° periodo (pre-SBAR)		2° periodo (post-SBAR)	
Punteggio soddisfacente: ≥ 6	Punteggio scarso: ≤ 4	Punteggio soddisfacente: ≥ 6	Punteggio scarso: ≤ 4
9/35 infermieri (25,71%)	8/35 infermieri (22,85%)	29/31 infermieri (93,54%)	2/31 infermieri (6,45%)

Tabella 3. – Risultati dell’analisi delle consegne verbali per “Assessment”.

DISCUSSIONE

Dopo il corso di formazione sul metodo guida SBAR, gli infermieri che prestano servizio presso l’Unità Operativa di Rianimazione dell’Azienda ULSS 5 Polesana, trasmettono complessivamente le informazioni verbali in modo codificato e standardizzato.

L’ambiente in cui avviene l’handover è complessivamente tranquillo, non soggetto a eccessive interruzioni.

Il tempo di handover dedicato è aumentato in media di un minuto in correlazione probabilmente alla maggior completezza.

In base ai risultati ottenuti, il personale infermieristico applica correttamente il metodo SBAR secondo il mandato stabilito durante il corso di formazione: in caso di un “nuovo ingresso” tutte le informazioni relative a ciascun campo del Metodo e rispettando contemporaneamente la sequenza S > B > A > R e la completezza dei bisogni di Virginia Henderson; in caso di paziente noto, invece, il personale infermieristico trasmette almeno le informazioni riguardanti i campi “Assessment” ed eventualmente “Recommendation”, come da mandato.

IMPLICAZIONI PER LA PRATICA

Il metodo SBAR permette di scambiare informazioni fondamentali in modo standardizzato, conciso e schematico. La scheda introdotta in reparto infatti permette visivamente di ricordare le informazioni importanti o di verificare la completezza dell’handover.

L’apprendimento di questo metodo è rapido e di facile comprensione. In un reparto di area critica permette di inquadrare rapidamente il paziente ed aiuta gli infermieri neoassunti che devono integrarsi nella specificità che richiede questo reparto.

L’ordine dei bisogni fondamentali di Virginia Henderson permette di dare una consegna con criterio di priorità e di importanza, iniziando la consegna dalle informazioni essenziali del paziente.

RACCOMANDAZIONI

Un’ulteriore indagine conoscitiva potrebbe essere utile per capire il grado di soddisfazione e di aderenza degli infermieri al metodo.

Visti i risultati conseguiti con questo studio c’è motivo di affermare che, l’utilizzo della metodologia SBAR nell’handover, è di sicuro beneficio per la pratica professionale, e se ne raccomanda l’utilizzo, esortando il personale infermieristico a proseguire nel percorso intrapreso anche per il passaggio delle informazioni scritte, adattando strutturalmente però il diario infermieristico.

In questo processo di implementazione e per il proseguimento del percorso oltre al singolo operatore, è importante anche la figura del Coordinatore Infermieristico. Le Linee Guida FNOPI del 2001 affermano infatti che il Coordinatore Infermieristico deve verificare le competenze, promuovere e pianificare la formazione permanente e la gestione diretta delle attività formative.

Sempre la Federazione Nazionale, nel 2007, ribadisce che tra le competenze tecnico professionali del Coordinatore ci sono le competenze formative relative alla progettazione, all’erogazione ed al monitoraggio dei programmi di formazione. (Vannini, 2018).

LIMITI DELLO STUDIO

La scheda introdotta è stata creata *ad hoc* per il reparto di Rianimazione, perciò potrebbe non risultare efficace in altre unità operative dove il contesto e le modalità di handover potrebbero variare anche considerevolmente.

Come limiti dello studio si possono considerare: l’impossibilità di estendere l’utilizzo del metodo SBAR all’handover scritta vista la struttura della scheda del “Diario Infermieristico” presente in reparto, e anche la mancanza della totale partecipazione del personale infermieristico al corso di formazione.

Conflitto di interessi

Si dichiara l’assenza di conflitto di interessi.

Finanziamenti

Gli autori dichiarano di non aver ottenuto alcun finanziamento e che lo studio non ha alcuno sponsor economico.

BIBLIOGRAFIA

- Biscaro M., Benetton M. (2014). *Il passaggio di consegne tra Emergenza Territoriale e Pronto Soccorso: studio osservazionale con metodo SBAR*, *Aniarti*, 31(1): 47.
- Meissner A., Hasselhorn HM, Estry-Behar M., Nézet O., Pokorski J., Gould D. (2007). *Nurses' perception of shift handovers in Europe: results from the European Nurses' Early Exit Study*, *J Adv Nurs*, 57(5):535-42.
- Smeulers M., Lucas C., Vermeulen H. (2014). *Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients*, *Cochrane Database Syst Rev*, 24;(6): 27.
- Vannini C., (2018). *Coordinatore infermieristico e formazione del personale*. Nurse24.it (Internet). Aggiornato 27/11/2018; consultato 02/01/2020, disponibile all'indirizzo: <https://www.nurse24.it/specializzazioni/management-universita-area-forense/coordinatore-infermieristico-responsabilita-formazione-personale.html>.